

L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

- Congrès de Porticcio du 15 au 18 mai 2017-

La réflexion sur la place de la profession infirmière dans le système de santé a toujours été centrale dans les mandats du SNICS.

Pour être infirmier-ère à l'éducation nationale, il faut d'abord être infirmier-ère. Cette tautologie conduit cependant à imaginer, développer, construire des missions spécifiques, des soins singuliers, une équipe particulière à partir des « compétences » en droit de la profession.

Notre mandat d'une spécialité-spécificité reconnue par un diplôme de master ne prend sens qu'à cette condition. La reconnaissance de notre profession dans son entièreté et dans l'entièreté de la structuration universitaire du système LMD. Une cohérence totale entre un diplôme de licence pour les infirmiers en soins généraux, un diplôme de master pour les spécialités-spécificités et bien évidemment un diplôme de master le tout dans un ensemble cohérent celui de la discipline en sciences infirmières.

Mais comment imaginer, construire, revendiquer et poser des mandats pour notre profession en la déconnectant de son utilité sociale ?

Affirmer simplement que la population française « nous aime », et c'est vrai, n'est pas suffisant. Encore faut-il évaluer si le soin infirmier, si notre profession, nos formations, permettent de répondre aux besoins et aux demandes de nos concitoyens en augmentant la qualité des soins, au service de l'intérêt général.

De manière récurrente, que ce soit dans le champ de l'éducation ou celui de la santé, les politiques qui se succèdent y vont tous d'une loi de « modernisation ». Tous parlent d'améliorer l'offre de soins et d'être plus proche des préoccupations de nos concitoyens... mais très rarement ils écoutent les professionnels du soin que nous sommes.

Sortir d'une vision médico-centrée

La santé, en France, est historiquement construite autour du médecin, et il existe deux mondes : celui des professions médicales (médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes) et d'un second constitué de ceux qui viennent pour aider les médecins soit à établir un diagnostic médical, soit pour appliquer et mettre en œuvre une prescription. Ce qui se traduit par l'écriture du code de santé publique : « **4^{ème} partie : Professions de santé/ Livre 1^{er} professions médicales et Livre III Auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puéricultures, ambulanciers et assistants dentaires** ».

Les infirmiers sont dans « auxiliaires médicaux ».

Ce postulat de la santé « médico centré » nous cantonne à être des « auxiliaires médicaux ». Dans le code de la santé publique, c'est la dénomination retenue pour les professions de santé réglementées en dehors des pharmaciens.....

Cette posture historique a impacté fortement l'inconscient populaire... « C'est mieux lorsque le docteur a dit, a vu, a ordonné.... ».

De fait, toutes les professions non médicales ont, historiquement, été développées et construites autour de ce postulat de droit :

« Dans le contexte français, on distingue quatre professions dites médicales (médecins, dentistes, sages -femmes, pharmaciens), les autres étant des professions paramédicales (auxiliaires de santé dans le code de la santé publique). Ces derniers, comme le terme d'auxiliaire des médecins l'indique, se voient reconnaître par la loi des domaines d'intervention en dérogation à l'exercice illégal de la médecine. Ainsi, les procédés de travail et les tâches pouvant être réalisés par les non – médecins sont définis par la loi et les règlements (décrets d'actes, arrêtés (HCAAM rapport innovation système de santé) »

Le SNICS s'est toujours inscrit dans une triple démarche d'émancipation construite, élaborée par rapport à la réalité de notre profession à commencer par l'exercice de notre profession à l'éducation nationale.

Tout d'abord une émancipation professionnelle

: le refus d'être des « porteurs de valises » des médecins. Nous avons toujours été attachés, arcbutés à définir l'utilité de notre soin infirmier dans sa dimension holistique (soins relationnels, techniques et éducatifs), en signifiant sa singularité en rapport à l'exercice de l'art médical. Nous avons placé l'art infirmier sur un même plan que l'art médical. Cette émancipation intellectuelle passe par la formation universitaire et la reconnaissance de celle ci, LMD et catégorie A pour tous (tes)...et la capacité de notre profession à se définir elle-même, pour elle-même (sortir du médico centré) et pour les patients et le refus d'une hiérarchie professionnelle. Par exemple, à l'hôpital, un Chirurgien chef de service n'est jamais un supérieur hiérarchique professionnel des chirurgiens praticiens hospitaliers du service. Alors que pour les infirmières, structurellement, il existe une certaine hiérarchie professionnelle organisée par décret statutaire entre infirmiers et cadres de santé.

Alors que notre profession répond aux mêmes obligations au regard du droit que les professions médicales, elle est malgré tout structurellement liée au « pouvoir » médical en matière de régulation des soins, du moins dans les structures hospitalières.

A l'origine de l'émergence d'une profession

« La profession est ici entendue au sens d'Eliot Freidson, à savoir la détention par un groupe professionnel d'un monopole qui lui est accordé par la société et s'exprimant dans la loi. En France, les médecins sont les seuls autorisés à intervenir sur le corps humain. Toute personne non autorisée qui le fait peut être poursuivie pour exercice illégal de la médecine. Une profession est ainsi définie par la détention d'un monopole, la maîtrise de la production et de la transmission des savoirs par elle-même et la reconnaissance d'un domaine spécifique de régulation (un conseil de l'ordre et un code de déontologie) par les pairs. Elle constitue alors un groupe social autonome. La justification principale de ce processus de régulation est la protection des malades. La sécurité et la responsabilité sont ainsi des enjeux régulièrement convoqués devant toute évolution des rôles professionnels. Inversement, l'autonomie de la régulation professionnelle est également régulièrement critiquée, le contrôle exercé par les pairs étant souvent considéré comme insuffisant. »

En 1962, un arrêté (6 janvier) place l'exercice infirmier sous la responsabilité médicale. Cependant, il décrit une liste d'actes que l'infirmière peut exécuter sous la responsabilité du médecin. Ainsi, dans les années soixante, l'image de la professionnelle repose sur son savoir, ses compétences, ses gestes techniques. Les soins de nursing, la relation au malade, sont confiés progressivement aux aides-soignantes, qui se les approprient. Les aides-soignantes se voient attribuer les tâches autrefois laissées aux « *servantes* ».

Selon Nicole Pierre, directeur des soins (BN) durant cette période, les infirmières ont tendance à s'identifier au médecin et travaillent sous son autorité. Devant une pénurie de personnel, les médecins « *délèguent des actes de façon officieuse* », et les infirmières s'en trouvent valorisées. Ainsi, les infirmières ne deviennent opérationnelles qu'à travers les gestes techniques centrés sur la maladie et non sur le malade, elles se situent alors dans un rôle d'exécution des soins. Le travail infirmier apparaît comme morcelé en actes techniques, réalisés dans le cadre d'une organisation basée sur le taylorisme. L'organisation du travail repose sur une parcellisation et une hiérarchisation des tâches. Dans cette organisation rationalisée du travail, le patient ne trouve plus sa place.

En 1993, la profession infirmière définit par des actes

la profession obtient deux décrets : l'un relatif aux règles professionnelles et l'autre aux actes infirmiers.

Ce décret enferme les infirmières dans une liste d'actes qui relèvent de leur rôle propre ou d'actes effectués sur prescription.

Le code de santé publique est emblématique en ce sens quant à la place des différentes professions de santé et de leur hiérarchie, ainsi que de l'espace professionnel laissé à chacune.

Ainsi, les professions de santé relèvent toutes du livre 4 du code de la santé publique avec pour chacune un titre leur correspondant. Ce qui pourrait accréditer la thèse selon laquelle notre profession est traitée à égalité des professions médicales et notamment celle des médecins.

A y regarder de plus près, il n'en est rien. Le diable se cache parfois dans les détails mais là, il ne s'agit pas de détails mais bel et bien de la conception politique de telle ou telle profession.

La rédaction du code de la santé publique est éclairante sur ce sujet :

Concernant les médecins :

4^{ème} partie, livre 1^{er} titre 3 relatif à la profession de médecin : Médecin généraliste de premier recours et médecins spécialistes de premier ou deuxième recours.

Et la profession de médecin par des missions.

« Article L4130-1

Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68](#)

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

5° bis Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ;

6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article [L. 6314-1](#) ;

8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Article L4130-2

Créé par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 66](#)

Les missions du médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours comprennent les actions suivantes :

1° Compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline ;

2° Contribuer à la prévention et à l'éducation pour la santé ;

3° Participer à la mission de service public de permanence des soins ;

4° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Le médecin spécialiste de deuxième recours peut intervenir en tant que médecin correspondant, en lien avec le médecin généraliste, pour le suivi conjoint du patient et l'élaboration du projet de soins.

Le médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours intervient en coopération avec les établissements de santé et contribue à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables »

Les règles d'exercice sont déclinées sous forme de missions permettant au médecin de « faire des choix » au sein de l'arsenal diagnostique et thérapeutique en leur possession. Cette déclinaison en missions ouvre l'art médical sans l'enfermer dans des actes.

Des actes aux missions dans le code de l'éducation pour les infirmières de l'éducation nationale.

C'est le choix que le SNICS a défendu, par ailleurs à l'éducation nationale, lors des derniers textes sur les missions qui sont beaucoup moins une liste « à la Prévert » d'actes ou de tâches à effectuer que des missions que l'infirmière a en responsabilité autour de concevoir, animer et évaluer, que ce soit autant dans le soin individuel que dans la dimension collective de ce soin.

Concernant les infirmières, dans le code de santé publique, il n'existe pas de règles d'exercice comme pour les médecins, mais une rédaction centrée sur des actes :

» Article L4311-1

Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 134](#)

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut conseil de la santé publique.

L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au troisième alinéa du I de l'article [L. 5134-1](#) et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article [L. 2112-1](#) et à l'article [L. 2311-4](#).

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient.

L'infirmier ou l'infirmière peut prescrire des substituts nicotiniques. »

Nous retrouvons cette distinction dans la rédaction de la réglementation : Contrairement aux infirmières, il n'y a pas d'articles déclinant exactement quels « actes » un médecin est habilité à accomplir, ni comment il doit les mettre en œuvre.

La définition des « *missions contenues dans la loi* » leur permet de répondre aux injonctions en matière de santé.

Pour les infirmières, l'axe vertébral de leur exercice est contenu dans la section de la partie réglementaire et s'intitule : « *actes professionnels* ».

Certes, ces « actes » permettent également de délimiter un périmètre à la profession, mais les missions pour les médecins le permettent également.

Certains, exerçant en secteur libéral, sont très attachés aux actes, car c'est ce qui permet de les rémunérer.

Mais les médecins alors ??? : Ils sont avant tout rémunérés sur des « consultations », et ensuite selon les techniques ou examens qu'ils mettent en œuvre, ils peuvent majorer la consultation, par exemple la codification d'un ECG en sus, ou d'un frottis.

Les deux sont ils compatibles ? Les actes sont en lien, « au service » de missions et non l'inverse. Ce qui permet à celui qui est détenteur d'une mission légale de piocher « dans une trousse à outils ».

Plusieurs questions se posent aux infirmières :

La question posée est : devons nous accepter, revendiquer, que nos actes soient en lien permanent, constant avec des missions dévolues à d'autres professions ?

Devons nous revendiquer des territoires de missions spécifiques, propres à notre profession, ce qui n'exclue pas « d'utiliser le contenu de la boîte à outil ? »

Devons nous revendiquer une émancipation, totale ou partielle, en rapport avec cette hiérarchie introduite par l'arrêté de 1962, mais également en anoblissant le « décret des actes » ?

Nous y avons en partie répondu pour les infirmières de l'éducation nationale

Notamment lors du **congrès de Martigues**, où nous avons placé un curseur fort, après un débat fort, celui du refus des pratiques avancées et d'une licence professionnelle (**congrès précédent de Lille**).

Ces mandats nous ont amenés à revendiquer et obtenir des nouvelles missions pour les infirmières de l'éducation nationale. C'est ce que nous avons obtenu et gagné dans la rédaction de la loi, article L 121-4-1 du code de l'éducation :

« Article L121-4-1

- Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 3](#)
- Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 4](#)

I.-Au titre de sa mission d'éducation à la citoyenneté, le service public de l'éducation prépare les élèves à vivre en société et à devenir des citoyens responsables et libres, conscients des principes et des règles qui fondent la démocratie. Les enseignements mentionnés à l'article [L. 312-15](#) et les actions engagées dans le cadre du comité prévu à l'article [L. 421-8](#) relèvent de cette mission.

II.-Le champ de la mission de promotion de la santé à l'école comprend :

1° La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;

2° L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres et à l'égard des services de santé ;

3° La participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental, et la promotion des liens entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisée, services de santé ambulatoire et services hospitaliers ;

3° bis La coordination des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile avec les missions conduites dans les écoles élémentaires et maternelles ;

4° La réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers ;

5° La détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;

6° L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves ;

7° La participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

La promotion de la santé à l'école telle que définie aux 1° à 7° du présent II relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale.

Elle est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, y compris les instituts médico-éducatifs, conformément aux priorités de la politique de santé et dans les conditions prévues à l'article [L. 1411-1-1](#) du code de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés. Elle veille également à sensibiliser l'environnement familial des élèves afin d'assurer une appropriation large des problématiques de santé publique.

Des acteurs de proximité non professionnels de santé concourent également à la promotion de la santé à l'école. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé. »

Devons nous nous inspirer de la rédaction de l'arrêté concernant les visites médicales et de dépistages qui définissent des missions différentes (6 ans et 12 ans), mais qui permettent à

chaque profession d'utiliser les mêmes outils et les mêmes actes au service d'un diagnostic et d'un suivi prescrit par l'une ou l'autre des professions forcément différents?

Nous savons que les médecins y voient une perte de pouvoir, de liberté, et qu'ils n'ont de cesse de vouloir son abrogation.

Pour rappel, les infirmières de l'éducation nationale ne sont pas organisées en service. Le seul supérieur hiérarchique administratif est le chef d'établissement.

Dans les champs traditionnels de la santé et lors de l'élaboration de la loi santé en 2016, nous avons pu visualiser et vivre cette dominante de la prééminence du médecin dans la santé.

Des obstacles sur le chemin de l'émancipation

L'histoire balbutie ou moins se répète. Si en 1962 il s'agissait d'un simple arrêté permettant à des infirmiers d'effectuer des actes médicaux sous le contrôle et la responsabilité des médecins, aujourd'hui le changement reste léger.

Malgré des avancées notables pour notre profession, dans sa capacité et dans certaines circonstances à prescrire, à faire des choix (code de déontologie), la question de l'évolution des champs d'interventions et donc de compétences légales indépendantes des professions médicales est toujours d'actualité.

Certains, au fil du temps, ont voulu voir dans les concepts de « pratiques avancées » une possible valorisation de la profession.

Des pratiques avancées soumises au contrôle médical d'un côté, déconstruction par ordonnance du décret des actes de l'autre.

La nouvelle loi l'évoque. La loi HPST (Hôpital Patient Santé et Territoire) de Bachelot, avait elle, placé la notion de coopération des professions de santé, notamment au travers de protocoles de coopération.

Nous avons eu des mandats forts à Martigues sur le rejet de ces deux orientations au motif qu'elles ne constituaient en rien une revalorisation de notre profession dans son ensemble. Elle permettait surtout de « gagner du temps médical » et ne révisait en rien les champs de la profession qui, de son côté, se battait pour une filière infirmière, une discipline infirmière complète dans le système LMD. Une fois de plus, c'était ce que le « bon docteur » voulait nous laisser faire. De nouveau s'opérait une vassalisation, de nouveau s'opérait le maintien, l'enfermement dans un couple infernal mais en aucun cas cela ne débouchait sur une émancipation de notre profession.

Rappelons que ce fut une revendication du SNIES que de reconnaître les dépistages des troubles du langage ainsi que de « peser et mesurer » dans le cadre de la visite médicale des 6 ans, comme une pratique avancée, puisque nous aidions le médecin.

« Le transfert de compétences va conduire les infirmières à évoluer vers une profession plus spécialisée sans être une spécialisation....Transfert..... Sur dérogation, l'infirmière peut assurer des soins d'hémodialyse, faire partie des consultations de suivi en oncologie etc....à la place du médecin ; Il s'agit seulement de développer le seul aspect des actes sur

prescription médicale qui est élargi. Il ne s'agit en aucune façon de donner aux infirmières la possibilité de s'investir dans la clinique infirmière répondant aux besoins de la population (mémoire Nicole Pierre, Directrice de soins). »

Aujourd'hui, beaucoup de nos collègues de la FPH (SNPI, CNI et associations), regardent avec beaucoup de circonspection les pratiques avancées telles qu'elles sont écrites dans la loi et demandent une évolution de cette écriture qu'ils ont pourtant provoquée, avec la bénédiction de l'ordre. On peut le comprendre :

« Article L4301-1

- Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 119

I.-Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical :

II.-Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III »

Dès le premier alinéa le ton est donné..... puisqu'il faut être dans une équipe coordonnée par un médecin. **Mais ce qui est également intéressant, c'est que les « soins primaires » ne sont pas concernés par ces pratiques avancées**, et c'est compréhensible car ne relevant pas exclusivement de compétences médicales puisqu'il s'agit selon l'OMS-1978 de la prévention, la promotion de la santé, l'éducation à la santé, le développement social et local.

Dans le même temps, et uniquement pour les infirmières, **le gouvernement** avec une célérité à laquelle il ne nous a pas habitués, **transcrit dans le code de santé publique une directive européenne**. Pour aller très vite il utilise la promulgation d'une ordonnance. De quoi s'agit-il ?

Tout simplement de déshabiller la profession d'infirmière ! Il s'agit de permettre un exercice partiel de notre profession.

La profession infirmière n'ayant principalement que des actes, que ce soit dans le rôle propre ou sur prescription, (cf supra) le gouvernement permet que pour ces actes, il ne sera pas nécessaire d'avoir la complétude de la formation infirmière d'une part, ni le DE d'autre part. Il suffira, sous condition de formation, de permettre à certaines personnes de réaliser certains actes infirmiers, sans, de fait, être dans l'exercice illégal de la profession.

Dans un contexte d'évolution du système de santé liée à la démographie médicale, à la spécialisation de la médecine, à l'importance accrue de soin et de confort du patient dans la prise en charge notamment des pathologies chroniques, la tentation est grande de modifier à la marge le décret infirmier au bénéfice du métier d'aide-soignant avec des glissements d'actes comme la glycémie capillaire et la pose de bandes de contention.

Ce projet est une attaque en règle contre notre profession car cela change le cadre juridique de notre profession en confiant des actes techniques réservés aux infirmier.e.s à des aides soignant.e.s dans des établissements médicaux-sociaux pour répondre par exemple aux attentes du lobby des directions d'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans la recherche du moindre coût aux dépens de la qualité des soins.

Le SNICS ne peut ainsi tolérer le démantèlement du décret d'actes professionnels de notre profession.

Cette déréglementation de notre profession entraîne non seulement une menace quant à la qualité des soins et la sécurité des patients, mais aussi une incohérence à l'intégration de la profession d'infirmière dans le processus LMD.

Cependant, le décret d'actes et d'exercice infirmier n'a pas été réactualisé depuis 2004, alors que les pratiques médicales ont évolué. 25 organisations associatives infirmières et syndicales dont le SNICS, posent l'exigence de l'actualisation du décret relatif aux actes et à la profession infirmière au regard des besoins de la population, en tenant compte des évolutions des pratiques validées dans les référentiels de compétence et de formation infirmière. La reconnaissance des consultations infirmières et infirmières spécialisée en première et deuxième ligne, et révision de la nomenclature des actes professionnels (NGAP).

Nous voyons bien ici où conduit la logique d'enfermement d'une profession qui serait définie uniquement sur des actes et non sur des missions en premier.

En droit actuel, l'atteinte, le droit de toucher le corps, de nommer, en matière de santé, incombe au médecin. C'est ce qui, en partie, légitimise la notion de « missions » qui incombent à leur profession dans le code de santé publique. Nécessairement, il en découle que tous les actes qui accompagnent ces missions, ces compétences, relèvent intrinsèquement de la responsabilité et soient mis à la disposition du médecin.

Dans la démarche historique d'émancipation de la profession, l'arrêté de 1962 marquait un tournant en définissant un certain nombre d'actes que les auxiliaires médicaux pouvaient effectuer, bien entendu sous la responsabilité du médecin. De facto, cela signifiait que tous les autres actes restaient du ressort des seuls médecins, mais que pour les actes « délégués » aux auxiliaires médicaux, les médecins étaient compétents pour les effectuer mais au-delà, car ils pouvaient les vérifier. La liste était limitative.

1993 marque un tournant avec l'introduction de la notion du rôle propre « *relève du rôle propre...* ». Le décret 93-345 du 15 mars 1993 que nous appelons à tort décret de compétences, son titre exact est « **décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier** ». Ce qui n'a pas du tout la même signification.

Ce décret définit les actes que les infirmiers sont « habilités » à mettre en œuvre ; Il amorce une démarche d'autonomie de la profession tout d'abord en esquissant des champs très

parcellaires de missions dans son article 1^{er}, 1^{er} alinéa, « protéger, maintenir, restaurer et promouvoir etc... » mais sans les nommer puisque on les définit comme un but.

Les soins infirmiers « *ont pour but* ». Après les avoir définis « *préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative* ».

Pour ce qui concerne le médecin généraliste, la définition est différente (L4130-1 CSP) : « *les missions du médecin généraliste sont notamment les suivantes* » et non exclusivement.

« *Contribuer à l'offre de soins ambulatoires.... Orienter les patients selon leurs besoins... S'assurer de la coordination des soins nécessaires aux patients... s'assurer de la synthèse des informations transmises... Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur... contribuer aux actions de prévention et de dépistage... Participer à la mission de service public de permanence des soins...* »

Certes, le décret de 1993 participe de l'émancipation de la profession et permet de définir par excès la notion d'exercice illégal de la profession d'infirmière, mais pour les médecins, leurs missions sont définies par la loi.

Depuis 1993, de nombreuses évolutions, dans la loi ou la réglementation, ont cependant eu lieu pour notre profession et permettent cette différenciation et cette autonomie professionnelle. Pour ne citer, de manière très limitative, que la possibilité de délivrer la contraception d'urgence, le renouvellement de prescription de la contraception orale, les substituts nicotiques et non des moindres, l'article 121-4-1 du code de l'éducation cité plus haut.

Nous devons donc mettre en œuvre des combats, des actions, et être force de proposition pour faire évoluer notre profession vers un autre positionnement non médico-centré.

Nous devons faire intégrer des « *missions spécifiques* » pour notre profession dans le code de santé publique et refuser que nous soyons réduits à une liste d'actes.

La construction de la formation qui découle de chaque posture est différente et renvoie à une reconnaissance différente. Soit au sein des formations professionnalisantes avec leur cortège de licences professionnelles soit dans le système LMD complet.

Émancipation intellectuelle : un combat pour une filière universitaire Licence Master Doctorat

L'organisation du travail, dans le champ de la santé et ses évolutions, relève en grande partie de l'internalisation de savoirs et de normes élaborées et transmises par les professions dans les processus de formation. Cependant elle doit être également abordée sous l'angle du jeu des acteurs sociaux en quête d'autonomie, et doit prendre en compte leurs mécanismes de régulation généraux et spécifiques.

L'émancipation de la profession passe par la formation et la reconnaissance de celle-ci. Ce fut un long combat de la profession de calquer la reconnaissance sociale sur la durée de la formation. Ce calage n'a pas suffi, la durée des études d'infirmières, pour mémoire supérieure à 3 ans, ne suffisait pas en soi pour être reconnu en catégorie A. Notre diplôme sur ce seul critère ne pouvait pas être apprécié au niveau de la licence, qui à cette époque, était la porte d'entrée de la catégorie A. Ce diplôme professionnel ne rentrait pas dans le

processus de Bologne (rapprochement des systèmes de l'enseignement supérieur dans les pays de la communauté européenne).

Il a fallu tout d'abord revoir notre formation au regard de ces contraintes. Le SNICS a plus que largement pris sa part dans ce combat, qui n'a pas totalement abouti.

Quelle était la demande de la profession? : Elle était une reconnaissance de son existence en tant que telle et non par rapport à telle ou telle autre. Ce qui s'est traduit par cette demande de création d'une discipline infirmière, d'une filière infirmière universitaire complète Licence, Master et Doctorat.

Des freins à cette plateforme, il y en a eu... D'abord par les médecins et la faculté de médecine, ensuite dans la profession elle-même. Les « cadres » qui avaient peur ne pas pouvoir enseigner en université, mais aussi bien sur la DGOS (ministère de la santé), avec une Directrice des soins, Marie Ange Coudray qui disait : « mais pour qui se prennent elles pour vouloir des doctorats et de la recherche ? », mais aussi du côté des centrales par peur d'une trop grande déconnection des aides soignantes qu'elles perçoivent comme le vivier naturel de la profession d'infirmière.

Mais pour qui nous prenions-nous ???

Nous n'avons eu que le grade de licence, nous n'avons pas eu de discipline infirmière et encore moins de structuration complète de notre profession dans des diplômes de Licence, de Master et de Doctorats...

Il est plus que temps que chaque secteur « singulier » de la profession soit reconnu dans cette architecture universitaire.

Nous voyons bien que lorsque l'unité n'existe plus dans la profession, le gouvernement en profite pour opposer les uns aux autres : Chacun y va de sa « petite revendication perso », en se tirant au passage une balle dans le pied à moyen terme.

La profession Infirmière est la profession charnière de la LMDisation des professions de santé non médicales, la plus nombreuse (cf chapitres suivants), et celle qui a initié ce processus après de mobilisations fortes contrairement aux autres professions qui n'ont finalement fait que prendre le train en marche.

La reconnaissance de la formation kinésithérapie en master 1 n'impacte en rien les autres professions de santé , et ne permet pas aux kinés de se prévaloir du diplôme de master et les laissent ainsi au milieu du gué.

La reconnaissance des IADE par un grade de master ne permet pas de reconnaître la filière infirmière, ni la création du domaine en sciences infirmières et encore moins de la discipline. Ces «reconnaisances» partielles ne permettent pas par ailleurs de reconnaître la profession dans les grilles de catégorie A type.

Rappelons que maintenant, le A type (enseignants) correspond à un diplôme de MASTER. La reconnaissance par des grades infra- master, induit des reconnaissances salariales dans une grille de A certes mais pas de A type.

Le SNICS devra tout mettre en œuvre pour que dans l'unité, nous puissions faire aboutir ce dossier de reconnaissance de notre profession dans l'intégralité du système LMD, et plus

particulièrement pour l'obtention d'un diplôme de master pour les infirmières de l'éducation nationale.

HISTORIQUE LMD

En 2004, il était question d'accorder aux conseils régionaux une validation par l'expérience en quelques mois de la formation d'infirmière, parce qu'ils venaient d'obtenir la responsabilité financière des IFSI et qu'ils avaient en charge d'un côté les soins d'une population vieillissante et de l'autre l'emploi de centaines de milliers de femmes sans aucun diplôme.

Personne ne prenait au sérieux la demande du SNICS-FSU de reconnaissance au niveau licence dans le nouveau dispositif européen LMD (Licence-Master-Doctorat).

- En 2004, lors de l'audience du SNICS avec les doyens du ministre de la santé (Pr Brunel) et du ministre de l'EN (Pr Thibault), ceux-ci s'engagent à mettre en place des groupes de travail sur la réforme des études infirmières. Sans suite, malgré notre relance.
- En 2006, le SNICS demande au ministre de la santé de le recevoir et d'organiser une concertation sur la réforme LMD. L'audience n'aura lieu que le 22 février 2007. Le SNICS écrit à l'ensemble des organisations syndicales infirmières pour leur proposer d'anticiper, dans l'unité, la meilleure stratégie à mettre en œuvre.

Fin 2006, Xavier Bertrand envoie une lettre de cadrage pour le LMD dans laquelle il est question de « *finalité professionnelle* », de « *diplômes d'Etat et de certificats attestant des compétences requises pour exercer un métier de la santé* » !!!

La profession bouge enfin !

- Le 3 avril 2007, première manifestation infirmière à Paris à l'initiative de la CNI. Le SNICS fait partie de la délégation reçue au ministère de la santé : les représentants du ministère disent leur volonté de conserver un diplôme d'Etat professionnel et de permettre seulement à une minorité d'infirmiers d'accéder à un diplôme universitaire, évoquant une licence facultative mais probablement pas en soins infirmiers ! Ils osent même dire "*Mais à quoi va vous servir une licence à l'hôpital ?*" Le SNICS fait remarquer que la formation infirmière mérite bien plus que la licence...
- Le 5 avril 2007, au cours d'une réunion de 27 organisations d'étudiants et professionnels infirmiers, pour mettre en place une plateforme et une stratégie commune, le CEFIEC (enseignants et directeurs des IFSI) annonce son souhait d'une filière para médicale à 3 niveaux, et ne voit pas l'utilité pour les infirmiers de vouloir intégrer l'université, tout comme la CFDT et la FNEI (syndicat étudiant). A la réunion suivante, la CGT et Sud soulignent qu'elles sont des organisations syndicales multicatégorielles et disent leur attachement à la VAE infirmière (validation des Acquis par l'Expérience) !

- En mai 2007, le SNICS s'adresse aux candidats présidents leur demandant l'intégration du DE infirmier dans le LMD et une reconnaissance universitaire, sociale, professionnelle et salariale urgente. Le candidat Sarkozy répond par courrier au SNICS et s'engage sur la reconnaissance du DE au niveau licence. Le SNICS rappellera cet engagement à chaque audience.
- Mai et juin 2007, manifestations infirmières réussies avec la participation active du SNICS.

A partir de juin 2007 le SNICS s'engage à être le coordonnateur de la plateforme « Unité pour le LMD »

- la création d'une discipline universitaire en Sciences infirmières avec une filière complète Licence-Master-Doctorat (donc incompatible avec une licence professionnelle) pour que la formation soit adossée à la recherche (actuellement, la Haute Autorité de Santé utilise les connaissances scientifiques issues des travaux de recherche en sciences infirmières menées à l'étranger !)
- l'équivalence d'emblée du diplôme de licence en soins infirmiers pour les professionnels déjà diplômés, garantissant la catégorie A et l'accès à tous au Master et Doctorat.

Le SNICS invite l'UNEF à entrer au sein de la plateforme. La CFDT et SUD n'en font pas partie. CGT Santé a toujours été présente dans la réflexion mais n'a pu signer certains courriers qui étaient en opposition avec les mandats de sa confédération.

Les réunions se succèdent à raison d'une à deux réunions par mois pour rédiger courriers, communiqués de presse unitaires, le dossier « Argumentaire pour une discipline infirmière ». Le SNICS prend en charge l'envoi de centaines de courriers aux députés, sénateurs, ministres, conseils généraux et régionaux, participe aux différentes audiences dans plusieurs régions de France...

L'ouverture des négociations est enfin annoncée à la rentrée 2008.

En octobre 2008, le SNIES-UNSA annonce aussi qu'il n'est pas opposé à une licence professionnelle Afin de ne pas affaiblir le poids du collectif, les participants décident de conserver le plus longtemps possible l'unité de départ jusqu'à l'obtention de l'ouverture des négociations, sachant qu'en bilatérale avec le Ministère, les organisations syndicales CFDT, SUD, CGT et UNSA risquent d'argumenter pour une licence professionnelle.

A l'ouverture des négociations en novembre 2008, suite au communiqué d'appel à l'action par les partenaires de la plateforme « Unité pour le LMD » (sauf le SNIES-UNSA qui avait refusé de signer) la manifestation nationale infirmière était portée quasi exclusivement par le SNICS-FSU qui avait su une nouvelle fois se mobiliser en nombre malgré le délai très court (10 jours !).

Suite aux positions syndicales divergentes sur le type de licence, le SNICS-FSU s'adresse à l'ensemble de la plateforme « Unité pour le LMD » pour construire un nouveau collectif sur des bases sans ambiguïté lors des négociations. Le collectif « Pour une licence générale, des masters et un doctorat en sciences infirmières » est constitué de 20 organisations syndicales et associatives. La CGT a revu ses mandats et s'inscrit entièrement dans ce nouveau collectif. Le SNIES-UNSA n'en fait pas partie.

A partir de décembre 2008, tout va très vite pour l'intégration des étudiants en soins infirmiers dans le LMD à la rentrée 2009.

- Le Ministère de l'Enseignement supérieur convient du bout des lèvres, en réponse au SNICS, que la licence professionnelle ne peut s'appliquer à la formation infirmière. Cependant il préconise le grade plutôt que le diplôme de licence. Le CNESER prend position pour que la reconnaissance de ces formations se fasse par la délivrance de diplômes nationaux de licence et donne notamment lieu à une intégration des IFSI aux universités.
- En avril 2009 la CPU (Conférence des Présidents d'Université) qui n'avait que mépris pour notre demande d'universitarisation des études infirmières, déclare dans un communiqué être *« favorable à l'intégration dans le LMD des formations paramédicales et notamment, dans l'immédiat, à l'intégration des formations en soins infirmiers dans les universités pour laquelle elle demande aux ministères concernés de préciser très rapidement le calendrier »*.
Le CNESER adopte le vœu présenté par l'UNEF : *« ...Le gouvernement semble aujourd'hui faire le choix de l'affichage politique plutôt que celui de l'intérêt des étudiants, optant pour une reconnaissance à minima avec la simple délivrance du grade de licence.... Le CNESER se prononce pour que la reconnaissance à bac +3 de l'ensemble des formations paramédicales et notamment celle en soins infirmiers se fasse par la délivrance d'un diplôme de licence. Le CNESER demande qu'un calendrier d'intégration des IFSI aux universités soit mis en place ... »*.

Émancipation féminine

C'est une profession essentiellement féminine ! : En 2016, il y avait 660 611 professionnels en exercice selon les sources du DATA Santé de la DRESS, et 86,77% de ces collègues étaient du sexe féminin. Chez les médecins, les femmes ne représentent que 44,9% des professionnels en exercice.

Comme dans les autres pans de la société, mais également dans la fonction publique, il est patent qu'une profession à dominante féminine soit moins bien rémunérée qu'une profession à dominante masculine.

Cette émancipation passe nécessairement par l'accès à des savoirs et des qualifications universitaires. Il n'est pas anodin que, par exemple , parmi les élèves ingénieurs, les femmes ne représentent que 28,2%, et que dans les écoles les plus illustres, les taux soient encore plus bas puisque de 18% à polytechnique, 20% Aux mines Paris ou Aux ponts et chaussées (rapport Contrôle Général Economique et financier).

A l'ENA, les femmes ne représentaient que 28,75% des étudiants en 2012 et 45% en 2015. A l'assemblée nationale, il y a 22 médecins, dont 19 hommes.

Revendiquer une filière universitaire spécifique, complète, pour une profession essentiellement féminine dans un champ et un milieu où la prescription appartient traditionnellement aux hommes est un combat que le SNICS doit continuer à mener dans un objectif d'émancipation de notre profession.

Les infirmières parmi les professions de la santé.

Quelques idées fausses qu'il faut continuer à combattre quel que soit le secteur d'activité où nous exerçons :

Il existe en France une pénurie de médecins, et cette pénurie justifie que ces « bons praticiens » ne puissent plus faire face à la demande des patients. Il n'y a jamais eu aussi peu de médecins en France que ces dernières années.

Nous connaissons ce discours à l'éducation nationale, où l'on prétend manquer de médecins. Pourtant, pour réaliser les seules VA et toutes les VA, il suffit de 280 postes de médecins à raison d'1/2 heure par enfant, et 560 postes si l'on admet une heure par enfant.

On voit bien qu'à l'éducation nationale, les moyens sont là puisqu'il y a près de 1500 médecins. C'est donc autre chose qui se joue, du genre hiérarchie entre les professions de santé. Aux infirmières les « tâches », les « activités de peser et mesurer », aux médecins la signature et le diagnostic. Certains sont des exécutants, d'autres sont des donneurs d'ordre responsables.

Le même débat existe ailleurs. Régulièrement, on nous abreuve d'informations disant qu'il n'y a jamais eu aussi peu de médecins en France, qu'on ne trouve pas d'infirmières, mais qu'il faut tout de même que ces infirmières « délestent » les médecins de leur charge de travail. Dans le même temps, on nous dit qu'il n'y a jamais eu autant de personnes âgées en France, que l'espérance de vie augmente, et que nécessairement, les besoins en santé de ces personnes âgées sont là, et que c'est aux infirmières d'y répondre, et on multiplie le nombre de SIAD(Soins infirmiers a domicile).

Les urgences des hôpitaux sont engorgées, mais on n'oblige pas les médecins à respecter leurs obligations déontologiques de la prise de garde à tour de rôle, notamment en milieu rural, et en milieu urbain, on transfère cette obligation déontologique à des sociétés de type SOS médecins.

La société s'appauvrit, les gens n'ont plus les moyens de se soigner, on manque de médecins, mais on autorise ou on permet une augmentation du nombre de praticiens exerçant en secteur 2.

Nous sommes en plein milieu du discours paradoxal de la santé.

Selon l'INSEE entre 2012 et 2014 l'effectif des professions médicales a progressé de 1,7% et 8% pour les auxiliaires médicaux ;

Pour les médecins généralistes la progression est de 0,24% et de 2,46% pour les spécialistes.

En 1968 la France comptait 59065 médecins (généralistes et spécialistes) pour 46,65 millions d'habitants soit un ratio de 1médecin pour 790 habitants

En 2014 : 222150 médecins pour 66,3 millions d'habitants soit un ratio de 1 médecin pour 299 habitants. Le taux d'encadrement a augmenté de 2,64.

Cherchez l'erreur !

Et pour les infirmières ??

Les infirmières ... En 1971 150 000 infirmières pour 52, 32 millions d'habitants soit un ratio de 1 infirmière pour 348 habitants

En 2014 : 616 796 infirmières pour 66,3 millions d'habitants = 1 infirmière pour 108 habitants

Taux encadrement : Amélioration de 3,22 .

L'écart n'est donc pas significatif. Cependant, l'augmentation du nombre d'infirmières cache une autre réalité : la demande de soins infirmiers a très fortement augmenté, et durant la période 1980-2008, l'effectif des infirmiers libéraux a cru de 146% (Source DRESS).

Chez les médecins, le nombre de médecins généralistes est en baisse, celui des spécialistes en hausse, et ces derniers s'installent majoritairement en libéral.

Dans les deux cas, la situation est la conséquence de choix politiques délibérés... Et qui supporte ces inconséquences outre les patients, ce sont avant tout les infirmières pour lesquelles on charge la barque !

La question reste aujourd'hui toujours d'actualité. Dans un pays où l'on ne parle principalement que du problème des déserts médicaux et comment y pallier, il est urgent d'intervenir avant que d'autres redéfinissent, à notre place, la contribution de l'infirmière dans le système de santé au regard de l'évolution des besoins de santé de la population. Dans tous les secteurs du soin, c'est bien aux infirmières, et à elles seules, de se définir en tant que profession de santé et de définir le soin infirmier utile à la population, c'est-à-dire, au service de l'intérêt général.

Les exigences de réduction des dépenses de santé, les suicides d'infirmiers ainsi que les agressions de collègues, ont révélé le malaise des soignants quel que soit le secteur d'activité. Une plateforme associant les organisations professionnelles associatives et syndicales dont le SNICS, ont fait le choix de s'unir pour dénoncer d'une même voix le mépris et le manque de reconnaissance dont la filière est victime, et ont manifesté leur mécontentement et leur colère à Paris en novembre 2016, en janvier et mars 2017. Le socle des revendications communes est :

- les conditions d'exercice, la formation et la valorisation des niveaux d'études, compétences et responsabilités.

Lors de notre dernier congrès, de manière prémonitoire nous écrivions :

« Une récente étude internationale parue en février 2014, dans la revue médicale britannique « le Lancet », démontre, s'il en était besoin, l'incidence directe, sur la vie des patients, du niveau d'éducation et de formation des infirmières, d'une part, et de leur charge de travail, d'autre part. Cette étude relance singulièrement le débat sur la contribution de notre profession dans les rouages des systèmes de santé et notamment en France.

Que dit cette étude, conduite dans neuf pays occidentaux ? « La vie des patients pourrait être en jeu lorsque les infirmières sont surchargées de travail. L'étude met le doigt sur un point sensible alors que dans bien des pays, les budgets de santé sont sous pression. »

Des données enregistrées sur les années 2007-2010 dans 300 hôpitaux montrent que la charge de travail et le niveau d'éducation des infirmières sont deux facteurs majeurs qui agissent sur le taux de mortalité des patients.

Ces chercheurs observent que la dotation en personnel infirmier et le niveau de formation varient grandement d'un pays à l'autre et même d'un hôpital à l'autre. En Espagne et en Norvège, par exemple, toutes les infirmières ont l'équivalent du niveau de licence contre 28% en Angleterre.

« La réduction des effectifs infirmiers par souci d'économie pourrait affecter l'état de santé des patients » avertissent les auteurs pour lesquels mettre davantage l'accent sur l'éducation de cette profession pourrait réduire les décès évitables à l'hôpital.

Ces résultats suggèrent qu'un niveau sûr de personnel infirmier pourrait contribuer à réduire la mortalité chirurgicale et remettre en question l'idée largement répandue que l'expérience des infirmières est plus importante que leurs formation et éducation», estime le professeur Linda Aiken (Etats-Unis, University of Pennsylvania's School of Nursing), responsable de ce travail, dans une déclaration accompagnant l'article.

() L'étude a été fait en Belgique, Angleterre, Finlande, Irlande, Pays-Bas, Norvège, Espagne, Suède et Suisse. Au Canada et aux Etats-Unis, des études abondent dans le même sens.*

Ce type d'étude devrait encourager la recherche en ce sens, au sein des établissements de santé, afin, par exemple, de construire des normes de sécurité pour les soins, en tenant compte de ces facteurs sur l'ensemble du territoire.

Cette recherche va aussi dans le sens de notre plateforme LMD, dans laquelle nous revendiquons une véritable filière universitaire LMD. Pour cela, il faudrait que la profession ait des capacités d'intervention suffisantes au sein des structures du système de santé. »

Nous y sommes ! La vision comptable de réduction drastique des dépenses de santé a fait son œuvre, avec pour conséquence le mal-être croissant chez nos collègues, mais aussi pour la 1^{ère} fois depuis des décennies, une baisse de l'espérance de vie des français, du jamais vu depuis 1965 . En 2015, l'espérance de vie a reculé de 4,8 mois pour les femmes et de 3,6 mois pour les hommes.

Depuis la création du SNICS, la place de notre profession au sein du système de santé a toujours été une question importante et récurrente pour notre organisation syndicale. Garantir un accès satisfaisant à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, assurer le droit à la santé, droit fondamental qui est l'un des grands défis du 21^{ème} siècle.

La bataille que nous avons menée dans le cadre du LMD a été l'occasion, entre autres, de rencontrer des acteurs bien en place dans les différentes structures du système de santé, et peu enclins à voir évoluer l'influence des infirmières au sein de ces structures. Nous avons jusqu'en 2007 réussi à siéger au CSPP (conseil supérieur des professions paramédicales), mais dès la création du HCPP par le décret 2007, le pouvoir en place en avait profité pour retirer ce siège au SNICS.

La contribution de l'infirmier-e dans le système de santé est primordiale pour offrir à tous l'accès à des soins de santé de qualité. La France enregistre une espérance de vie élevée, signe que la population est bien soignée. Mais ce progrès a pour conséquence l'augmentation des pathologies liées au vieillissement qui pose la question de comment vivre plus longtemps et en bonne santé. L'isolement, l'éloignement, l'impossibilité d'accéder à des structures de soins sont autant de motifs qui obligent notre profession à réfléchir sur de nouvelles pratiques. Nous devons être au centre des débats et ne pas laisser d'autres acteurs de santé décider à notre place.

En France, selon la DREES, plus d'un million de personnes exercent une profession paramédicale, dont 638 248 infirmier-e-s (109 925 en exercice libéral, 528 323 salariés, 52 463 spécialisés.e.s), 400 000 aides soignants-es et 155 000 professionnels de la rééducation. La moyenne d'âge de la profession est de 37 ans.

L'infirmier exerce pour plus de 83 % des effectifs en 2015, et en raison des besoins importants des hôpitaux et des cliniques en infirmiers, sous un statut salarié, soit d'entreprises privées (près d'un tiers de la profession), soit publiques (la moitié de la profession), ou enfin sous un statut libéral (plus d'un sixième de la profession). Par ailleurs, même si le nombre des infirmiers libéraux est faible, la part des infirmiers libéraux au sein de la profession a progressé de près de 3 points depuis 2005. La croissance rapide de la demande de soins à domicile et les perspectives de rémunérations plus élevées qu'à l'hôpital ont en effet encouragé les jeunes actifs à s'orienter vers l'exercice libéral. La diminution des recrutements dans le secteur hospitalier a également constitué un moteur de la croissance des effectifs libéraux.

Qu'en est-il de la formation continue pour notre profession ?

Instauré en 2009 par la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) dite loi Bachelot, le développement professionnel continu (DPC) est obligatoire pour tous les personnels de santé depuis le 1^{er} janvier 2013

La loi dite de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 impacte le droit de la formation professionnelle. Outre de nombreuses dispositions réglementant la formation des professions médicales, la loi redéfinit le développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé dont les infirmier.e.s.

L'article L.4021-1 propose une nouvelle définition du DPC *« qui a pour objectif le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de 3 ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. »*

Les missions de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) sont :

- assurer le pilotage du dispositif du DPC pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leur statut et leur secteur d'activité.
- la mise à disposition d'un document de traçabilité électronique pour chaque professionnel de santé pour attester du respect de son obligation triennale de DPC
- assurer la participation des universités au DPC
- évaluer les actions proposées par les organismes demandeurs
- **Uniquement pour les libéraux et les salariés des centres de santé** : inscription individuelle des professionnels aux actions de formation validées par l'ANDPC, prise en charge financière, attestation du respect de leur obligation triennale.

Un arrêté définit les orientations nationales triennales du DPC :

- sur les propositions des Conseils nationaux (CNP) pour chaque profession et spécialité, ou des représentants siégeant dans l'attente de la constitution du CNP de la profession
- dans le cadre de la politique de santé. L'article L 1411-1 du code de la santé publique rappelle désormais que la politique de santé comprend notamment en matière de formation professionnelle la promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé et l'adéquation entre la formation initiale des professionnels de santé et l'exercice ultérieur de leurs responsabilités.
- dans le cadre des conventions entre libéraux et organismes d'assurance maladie

QUID pour notre exercice à L'Education Nationale et dans l'Enseignement supérieur ?

Quelles formations ??? Quels opérateurs ? Quelle reconnaissance ?

Seuls les professionnels libéraux et les salariés des centres de santé pourront choisir librement les actions auxquelles ils pourront s'inscrire et qui seront prises en charge. Cela concerne seulement 25 % des infirmier.e.s mais 85 % des médecins ! (BN)

Pour les professionnels hospitaliers et les autres salariés dont nous faisons partie, nous devons établir ce choix en lien avec notre employeur qui propose les formations (en fonction du budget...).

Chacun-e d'entre nous devra justifier qu'il-elle s'est formé-e. Le respect de notre obligation triennale sera contrôlé par notre employeur sauf pour les professions médicales pour qui c'est l'instance ordinale.(BN).

L'article L4021-1 crée des obligations pour les infirmières d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences. Il appartient à notre administration de nous proposer des formations qui répondent aux obligations du DPC.

Actuellement, nous avons peu ou pas de formations professionnelles alors que nous en réclamons à cor et à cri.

Il serait inadmissible et inacceptable que l'administration nous oblige à mobiliser notre CPA (Compte Personnel d'Activité), pour répondre à ces obligations de formations (voir thème statutaire).

L'article L4021-4 dispose que l'université participe au DPC. Ce qui pourrait permettre que ces formations soient validées et créditées en ECTS.

Dans la réalité, il n'en est rien. Certaines formations sont validées (seulement à la demande des organismes de formation eux-mêmes) par une commission scientifique ~~d'infirmiers et autres professionnels de santé~~ pour chaque profession à qui s'adresse le programme de la formation, sans intervention ni validation par l'université sauf pour la formation des médecins qui recevra l'imprimatur de l'université... cela va de soi ! Nous devons mener ce combat, il est le nôtre.

Car cette volonté de nous refuser la filière universitaire complète en se contentant du DPC et sans formation d'adaptation à l'emploi validante à la hauteur des enjeux, empêche l'accès à la connaissance et donc à la reconnaissance de notre profession.

Le SNICS mettra tout en œuvre pour l'application de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 art.114 concernant la validation par l'université des formations dans le cadre du DPC.

De même, nous devons faire connaître nos missions et nous faire entendre au sein du Conseil national professionnel infirmier qui propose le parcours pluriannuel de DPC et les orientations prioritaires.

Pour exemple, sous l'organisme gestionnaire précédent (remplacé par l'ANDPC), l'arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du DPC pour les années 2016-2018, ne comportait aucune orientation concernant notre secteur d'exercice sur les 9 orientations proposées !

Une profession qui a du mal à s'unifier, à se rassembler et à se faire entendre et reconnaître.

Notre profession a un rapport curieux et singulier au syndicalisme. Peu ou pas syndiquées (moins de 5% à la FPH toutes centrales confondues). Les années 86-87et 88 consacrent une distance entre les syndicats (centrales) et les infirmières à la FPH. Des années difficiles qui s'ancrent sur la difficulté à exercer le métier, la sensation de ne pas être entendues, d'être mal payées. Marre d'être reconnues uniquement par les malades.

Les centrales trop investies dans l'inter-pro négligent ces revendications, ce mal être, ce manque de reconnaissance.

C'est ainsi que naît, à l'instar des cheminots, **une coordination, le 29 septembre 1988 , 20000 infirmières descendent dans la rue**. Des frictions avec la CGT et les centrales qui négocient des augmentations, au rabais, et en **Octobre 100 000 infirmières dans la rue**.

Et toujours les centrales qui au final négocient et les infirmières qui « gueulent » nous ne voulons pas des miettes ! » Le gouvernement socialiste (Rocard), Evin n'entendrien.... Ni bonnes, ni nonnes, ni connes fut le slogan de ce mouvement jamais égalé à ce jour. Le mouvement continue en 1991 : 10 000 infirmières dans la rue « infirmières en colères, y en a marre de la galère » Octobre 91 le gouvernement fait lancer les canons à eau, les grenades lacrymo...

Nos décrets de 93 sont issus de ces mouvements unitaires de la profession.

Depuis, il y a eu d'autres mouvements et notamment ceux du LMD ou celui qui a commencé cette année pour les mêmes raisons, avec les mêmes acteurs politiques et les mêmes clivages entre les centrales et les infirmières.

Cette difficulté à s'organiser et à se faire entendre perdure. La rue obtient des avancées et au final, à la FPH, ce sont les centrales qui siègent dans les instances.

La profession s'organise à travers une foultitude d'associations qui ne représentent personne. Nécessairement, cette défiance à l'égard des syndicats a creusé le lit de l'ordre infirmier que certains voulaient, pensant qu'il contribuerait à faire reconnaître la profession comme pour les médecins, pharmaciens et autres avocats.

Le SNICS s'est opposé à cet ordre, car pour nous, il n'était pas acceptable que l'on paye pour travailler d'une part, et d'autre part, le pouvoir disciplinaire donné à l'ordre pouvait créer des doubles voire des triples peines pour les infirmières qui sont salariées à plus de 83%, et pour lesquelles un pouvoir disciplinaire existe déjà.

Cet ordre, malgré toutes ces oppositions, a été créé et le gouvernement actuel ne l'a pas aboli malgré les engagements pris par Hollande avant son élection.

De part la loi, l'ordre représente la profession. Est il représentatif ?

Son nombre d'inscrits (plus de 210 000), tendrait à ce que la réponse soit oui. Mais ceux qui y sont inscrits l'ont-ils fait de manière volontaire ou sous la contrainte ? Dans ce cas là, il n'est pas représentatif et la participation aux élections de leurs différentes instances le démontre. 22% seulement des inscrits ont voté en 2014(Nombre d'électeurs 134 482).

Non, décidément, il n'est pas représentatif ! Cependant, de part la loi, les pouvoirs publics sont dans l'obligation de le consulter pour tout ce qui touche au soin, à la formation, à la déontologie.

Le SNICS, en 2014, toujours dans sa recherche d'unité de réflexion de la profession, et grâce à sa position dans le combat du LMD et au comité scientifique du salon infirmier, **participe activement à la création du CIF** (Collège Infirmier Français). Ni la CNI, ni le

SNIES n'étaient présents. Il est composé désormais de 22 organisations représentatives de la profession infirmière (salarié, libérale, académique, formation initiale, santé à l'école, santé au travail, IADE, IBODE, puéricultrices...)

Le CIF a pour but d'apporter la meilleure réponse aux besoins de santé de la population dans une vision positive et innovante de la profession infirmière. Le CIF mutualise les compétences ses membres experts ont pour but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, et de répondre aux besoins en santé de la population. Il contribue à la promotion de la recherche en sciences infirmières et optimise la formation universitaire et le développement professionnel continu des infirmiers. La nouvelle loi de santé donne une assise légale aux Conseils nationaux professionnels (CNP), particulièrement dans le cadre du DPC. Le CIF y siège pour la profession infirmière.

Mais tout comme pour l'ordre ,le CIF est il représentatif de la profession, et les personnes qui y siègent ne parlent elles par que pour elles-mêmes ?

Qui siège dans le Collège infirmier Français ?

AEIBO Assoc enseignants et écoles (sic) d'ide de bloc (6892 ibode en FF public+privés)

AFDS assoc directeurs de soins 450 adhérents

AFIC Assoc Ide de cancéro

AsCISMAssoc Ide santé mentale

ANFIIDE Assc Nationale IDE et Etudiants inf

ANPDE Assoc des puers et étudiants

UNAIBODE Union assoc ide Blocs

ANISP`Assoc Ide sapeurs pompiers

AFIDTN Assoc ide dialyse

ASI Académie des sciences infirmières 30 adhérents (structures)

CEEIADE Comité entente écoles IADE

CEEPAME Comité entente écoles métiers petite enfance

CEFIEC Comité entente formation cadres

Git Groupement inf Travail

ONI Ordre

SNICS 64%

SNIA inf anesthésistes (moins de 400 adhérents sur 9500 iade).

SNIIIL Inf Libéraux 35,9% (3974 adhérents)

Convergence

SNPI de CFE-CGC	0,42%
SNIES	32%
CNI	0,56%

Nous voyons bien qu'hormis le SNICS et le SNIES, peu de ces associations ou syndicats ont une légitimité démocratique. Cependant, le CIF doit se prononcer sur la profession ; Il est membre de droit de certaines instances comme l'agence pour le DPC. Il est consulté par le ministère de la santé.

Le SNICS mettra tout en œuvre au sein de ce collège pour que notre spécialité soit reconnue et portée par la profession.

Le SNICS ne peut se déconnecter de la profession car pour être infirmière à l'éducation nationale, il faut d'abord être infirmière.

Contrairement à d'autres, au SNICS, nous mettrons tout en œuvre pour faire reconnaître notre profession et son émancipation.—Le SNICS mettra tout en œuvre pour la reconnaissance de la spécificité de notre profession par un diplôme Master dans la filière universitaire complète LMD.

Adopté Pour 86 Abstention 1